CHLEF médical

Bulletin bimestriel édité par l'Association du Corps Médical Privé de la wilaya de Chlef
N°9 mai - juin 2000

Lorsque le médecin exerce sa profession, il le fait sur des bases scientifiques, médicalement prouvées et approuvées sur le plan éthique.
Par conséquent, la profession doit organiser sa FMC et disposer avant cela des moyens pour y parvenir. Toutefois, la formation et le recyclage du corps médical ne doivent pas être le fait des enseignants universitaires uniquement ; les autorités locales, la direction de la santé, la sécurité sociale (CNAS, CASNOS) sont appelées elles aussi à apporter leur contribution dans ce domaine car elles sont également concerner par l'élévation du niveau de compétence des praticiens. L'ensemble des acteurs de la santé devrait être à même d'identifier les problèmes et insuffisances du secteur pour y remédier ultérieurement.
Le secteur médical privé affiche des grandes ambitions quant au développement de la santé dans la wilaya et proposera aux citoyens dans un proche avenir le déploiement de moyens diagnostiques et thérapeutiques performants.
Evidemment, une évolution aussi rapide et générale suppose en premier lieu une prise de conscience du corps médical de la nécessité des transformations appropriées afin de suivre l'évolution du temps et l'essor de la médecine moderne en particulier.
Le recyclage régulier est devenu un passage obligé dans la carrière de tout praticien. L'expérience acquise, aussi longue soit-elle ne suffit désormais plus à elle seule. Et pourtant, il faut reconnaître qu'il n'est pas facile de dépoussiérer certaines mentalités à ce propos, comme d'ailleurs celles affectées par le syndrome du « tiroir-caisse ».
L'ACMPC propose une solution : organiser des cycles de FMC localement, en tenant compte de la disponibilité du corps médical, des spécificités régionales en matière de santé et des moyens financiers disponibles. Des enseignants universitaires adhèrent à notre programme et sont prêts à venir à Chlef semer savoir médical et bons gestes techniques.
Mes chers confrères, dans les pays développés, le recyclage est une obligation comptabilisée ; les professionnels sont en quête constante de formation à de nouvelles techniques médicales moyennant des dépenses conséquentes ; les formateurs ne sont nullement des bénévoles (comme le sont nos vaillants maîtres des CHU d'Alger, d'Oran, de Tlemcen et de Sidi Belabbes).
Alors, SVP, votre présence aux journées d'étude et votre participation financière symbolique doivent refléter avant tout votre gratitude et votre hommage à ces chevaliers du savoir médical.

MUCOVISCIDOSE:

La mucoviscidose est la maladie métabolique la plus fréquente de l'enfant. En Algérie, il n'existe pas encore de statistiques élaborées mais en France, elle touche une naissance sur deux milles.

Il s'agit d'une anomalie génétique qui entraîne une hyperviscosité du mucus des sécrétions glandulaires (bronches, pancréas, foie...).

Dans le sujet - étayé par une belle observation clinique - que nous propose le docteur B. Boughari, celui-ci nous rappelle que cette affection existe belle et bien chez nous, à évoquer devant tout état pathologique chronique de l'enfant associant une symptomatologie mixte, digestive et respiratoire.

TRANSFUSION SANGUINE:

Les besoins en sang des services médicaux et chirurgicaux sont énormes et en constante croissance. De ce fait, le don du sang reste un geste humanitaire indispensable. La sensibilisation du public sur la question, ne disons pas qu'elle pas garde tout son intérêt mais qu'elle devienne une action stratégique et prioritaire des services de santé.

Le sujet de la transfusion sanguine est d'actualité puisque l'OMS en a fait le thème de la journée mondiale de la santé de cette année, célébrée le 7 avril de chaque année.

ACTION SOCIALE :

Le devoir de solidarité avec les couches sociales défavorisées, notamment avec celles des régions lointaines exige du corps médical au minimum d'aller sur place s'enquérir de l'état de santé de la population, ensuite porter assistance si possible.

lire l'article en page

Médecins du cœur

Dr Benkhaled A.

La sortie de volontariat médical effectuée par des praticiens de l'ACMPC le jeudi 20 avril dernier à Oued Goussine au profit des patients nécessiteux de la commune, m'a inspiré nombres de réflexions dont je voudrai partager quelques-unes avec mes confrères :

* La persévérance des membres de cette APC qui n'ont cessé de solliciter la programmation de leur commune dans l'agenda des sorties de bénévolat de l'ACMPC traduit en fait le dévouement de ces derniers à servir la population qui les a portée à la tête de leur municipalité. Leur insistance et leur préoccupation pour la santé de leurs concitoyens les plus démunis leur font honneur.
* La population de cette localité, clairsemée en petits hameaux dans la forêt recouvrant le versant donnant sur la mer de la chaîne montagneuse du Dahra, entre Ténès et Beni Haoua, vit dans des conditions socio-économiques très précaires. Toute la population (ou presque) vit en fait dans un état de pauvreté plus ou moins prononcée. L'agriculture ne s'est pas développée faute de terres cultivables suffisantes ; la vocation touristique de la région (le site est magnifique) a été négligée et le secteur de la pêche a été délaissé. Ce qui fait que la seule ressource de la plupart des habitants reste le pastoralisme à petite échelle.
* Cet état de fait a évidemment ses répercutions sur le secteur de la santé dans cette commune : le centre de santé est aussi démuni que les habitants de cette. Hormis un mobilier très vétuste, il ne s'y trouve aucun équipement médical. L'unique médecin et son équipe d'infirmiers doivent avoir beaucoup de courage, de patience et surtout une forte motivation pour y rester exercer.
* Sur place, il a fallut à notre équipe aménager avec les moyens de bord les conditions de consultations pluridisciplinaires (pédiatrie, gynécologie-obstétrique, ophtalmologie, gastro-entérologie, médecine interne, chirurgie dentaire).
* L'affluence des patients était importante. Il y avait parmi ces derniers beaucoup qui présentaient des affections chroniques justifiant normalement de consultations spécialisées mais différées par ces malades par manque de moyens. La venue de l'équipe médicale de l'ACMPC était pour eux l'occasion inespérée, à ne pas rater de pourvoir à ce besoin d'avis médical spécialisé. Par l'organisation de ces campagnes de bénévolat vers les zones déshéritées et éloignées de la wilaya, les adhérents de l'ACMPC veulent exprimer leur compassion et leur solidarité avec les patients démunis de ces contrées car si ceux-là ne peuvent pas se payer le déplacement jusqu'à Chlef et la consultation, le corps médical peut et doit aller vers eux et leur porter assistance. Il est temps de ne plus se contenter de tirer sa révérence pour les médecins d'ailleurs qui vont assister – dans un élan d'humanisme – des populations en difficulté dans des pays lointains. Il est temps de passer à l'acte (de solidarité). Nos concitoyens espérent en nous beaucoup de bien, en bref, nous attendent.

Dans ce sens, nous saluons à l'occasion nos amis pharmaciens qui mettent à la disposition de l'association avant chaque sortie des cartons de médicaments à distribuer gracieusement aux nécessiteux, une façon à eux de participer à l'action sociale menée l'ACMPC.

La sortie de volontariat médical à Oued Goussine a connu un franc succès au vu de la satisfaction ouvertement exprimée par la population et les autorités locales.

Nous invitons toutes nos consœurs et nos confrères (spécialistes et généralistes) à se joindre au comité

CHLEF médical

Bulletin bimestriel édité par l'Association du Corps Médical Privé de la wilaya de Chlef
N°9 mai - juin 2000

CHARGE DE LA PUBLICATION
Dr Ahmed BENKHALED
COMITE DE REDACTION

Dr A. ARAÏBI
Dr A. BENBOUALI
Dr A. BENCHEIKH
Dr C. BENHAMOU
Dr A. BENKHALED
Dr M. BENTAYEB
Dr B. BOUGHARI
Dr A. BOUZANA
Dr T. DEHABA
Dr M. ESSALHI
Dr M. KOUADRI
Dr M. MOKADEM
Dr N. ZIDANE

Patrimoine de l'ACMPC

Par souci de transparence, l'association porte à la connaissance de ses adhérents la composition de son patrimoine matériel :

1) KIT INFORMATIQUE comprenant :
   - Micro-ordinateur P II 400 multimédia
   - Imprimante laser N/B Canon LBP-660
   - Scanner AGFA 1212p
   - Onduleur
2) DATA SHOW
3) VIDEO PROJECTEUR
4) RETROPROJECTEUR

Il est à rappeler aux confrères que les frais de leurs cotisations annuelles pour les deux années 1999-2000 ne recouvrent pas la moitié de la valeur de ces biens de l'association !!!

SOMMAIRE

Transfusion sanguine sécurisée
Dr Zidane N. ..... page 3
Attitudes thérapeutiques : comment je traite la gale
Dr Naas Araba S. ..... page 4
Apropos d'un cas d'endométriose urétérale
Dr Djilali Saiah A. ..... page 5
L'infectiologie en pratique quotidienne: le syndrome méningé Dr Berkani A. ..... page 5
Les roses de l'ACMPC
Dr Benkhaled A. ..... page 6
Revue de la presse médicale internationale page7
La prescription des antibiotiques en odonto-stomatologie Dr Araïbi A. ..... page 8
Apropos d'un cas d'adénocarcinome du canal anal
Dr Bouzana A. ..... page 9
CAT devant un nodule thyroïdien isolé
Dr Elaïb ..... page 10
La mucoviscidose

Condoléances

La rédaction de CHLEF MEDICAL présente au nom de l'ensemble des adhérents de l'ACMPC à :

Madame Kobzili Née Maroc

sage femme à Ténès ses condoléances les plus attristées à la suite du décès de sa mère et l'assure de sa profonde sympathie.

Transfusion sanguine sécurisée

Dr Zidane Noureddine - pédiatre à Chlef

A l'occasion de la journée mondiale de la santé dont le thème choisi pour la célébrer cette année est « la transfusion sanguine sécurisée » notre association a pris part à la cérémonie qui à eu lieu le 9 avril dernier à l'école paramédicale de Chettia et à contribuer à l'enrichissement du débat sur le don du sang en présentant deux communications dont nous vous rapportons celle animée par le docteur Zidane.

Introduction

C'est grâce à Landsteiner – lauréat du prix Nobel de médecine en 1930 – que fut découvert le système ABO : le premier exemple de greffe durable est réalisé à travers la transfusion (le sang étant un tissu vivant, la transfusion est une greffe de tissu !).

Le sang possède plusieurs fonctions :

-fonction hémodynamique ;
-fonction oxyphorique ;
-fonction hémostatique ;
-fonction immunitaire.

Différentes préparations

Les différentes préparations de sang utilisées actuellement sont :

1. Sang frais : prélevé moins de 48h.
2. Sang conservé : (21 jours) conditionné dans des sachets de 500, 250 et 125 ml.
3. Concentré érythrocytaire : grâce au procédé de centrifugation – décantation. Utiliser dans l'hémoglobinurie paroxystique nocturne.
4. Concentré leucocytaire : dans la granulopénie sévère idiopathique.
5. Concentré plaquettaire : à raison de 1 U/kg de poids.
6. Plasma et dérivés : essentiellement

- le plasma frais congelé
- l'albumine humaine à raison de 1g/kg/j pendant 3 jours
- facteurs hémophiliques A & B:20U/kg
- complexe PPSB
- fibrinogène : 0,1 g/kg
- immunoglobuline : 0,3 ml/kg.

Le centre de transfusion sanguine de Chlef

Les prélèvements se font avec du matériel à usage unique et le contrôle du sang est obligatoire depuis 1992.

1.Don du sang :

En 1998 : 1706 dons
En 1999 : 1767 dons.

Avec 894.000 habitants, la moyenne dans notre wilaya est de 2 donneurs/1000 habitants. C'est un chiffre qui reste très insuffisant par rapport à la moyenne d'un pays à revenu moyen comme le nôtre qui est de 10 donneurs/1000 habitants.

Selon l'agence nationale du don du sang présidée par le prof Kezzal, le

nombre de donneurs de sang en Algérie est de 230.000, ce qui représente 7 donneurs/1000 habitants. Il manque encore 70.000 donneurs la moyenne de 10 donneurs/1000 habitants.

2.La sérologie du sang :

Elle se fait au CTS de Chlef par la méthode Elisa qui demeure une technique assez fiable.

En 11999 HIV : 3702 tests
HBS : 3896 tests
HCV: 3454 tests
BW : 3261 tests.

Un total de 14500 tests, soit environ 40 tests/jour : c'est un chiffre appréciable qu'il faut prendre en compte dans l'estimation du risque infectieux après exposition accidentelle du personnel médical (et paramédical).

Recommandations

A partir des constatations faites au niveau du CTS de Chlef et afin de développer ce service, quelques recommandations ont été formulées auprès de la direction de la santé et de la population de la wilaya :

1. Une meilleure sensibilisation de la population dans la tranche d'âge située entre 18 et 60 ans au sujet du don du sang.
Cibler des organismes pourvoyeurs potentiels de donneurs : université, école de police, centre pénitencier, protection civile, centre d'information et d'animation de la jeunesse….
Création d'un fichier-type pour le don de sang sain.
2. Le recrutement d'un spécialiste au CTS est indispensable afin de minimiser l'erreur.
3.L'analyse des sous-groupes pour les polytransfusés est une nécessité absolue.
4.Initiation de l'autotransfusion dans nos hôpitaux pour les malades programmés pour une intervention chirurgicale : une semaine avant l'opération, on prélèvera

L'auto-transfusion

En raison des risques de maladies liés à la transfusion, il est de plus en plus recommandé aujourd'hui de faire appel à l'auto-transfusion.

Une technique simple :

C'est une technique simple qui consiste à se faire prélever son sang (un demi-litre ou un litre en deux ou plusieurs fois) quelques jours ou quelques semaines avant l'opération. Ainsi, si le chirurgien a besoin de sang pendant l'opération, il pourra vous transfuser votre propre sang, sans risque de contamination.

C'est une technique facile à pratiquer et qui permet de résoudre en partie le manque chronique de sang dans les centres de transfusion.

Une technique impraticable en cas d'urgence :

Cette technique n'est pas valable pour les transfusions en urgence lorsque par exemple vous êtes victime d'un accident de la route.

Attitudes thérapeutiques:

Comment je traite la gale

Dr Naas Araba Salah - Dermatologue à Chlef

La gale est une ectoparasitose de contamination inter humaine, due à Sarcoptes scabiei hominis, évoluant par grandes épidémies cycliques.

Son diagnostic reste essentiellement clinique : prurit à recrudescence nocturne de caractère familial, s'accompagnant de lésions de grattage à topographie évocatrice mains, face antérieure des aisselles, mamelons, ombilic, face antéro-interne des cuisses, coudes, fesses. Très caractéristiques sont les sillons interdigitaux ou du rebord cubital des poignets, des paumes et des plantes chez le nourrisson, chez l'homme le chancre scabieux du fourreau de la verge et chez le nourrisson les nodules axillaires. Chez les sujets immunodéprimés, on peut observer des gales profuses ou croûteuses (gale norvégienne).

Moyens thérapeutiques

1. Benzoate de Benzyle

Utilisé actuellement sous forme de spécialité :

Ascabiol en lotion de 10% associé au sulfirame 2%

Le produit est appliqué après un bain tiède sur la peau humide, en respectant le visage :

- Chez l'enfant et l'adulte : deux badigeons à 10 min d'intervalle, à garder 24h ;
- Chez le nourrisson un seul badigeon de 12 à24 h selon les habitudes personnelles.

Les effets secondaires sont

- locaux : essentiellement avec irritation application douloureuse, eczéma de contact
- généraux : toxicité neurologique connue mais aucun cas n'a été rapporté en utilisation thérapeutique normale.

2. *Lindane ou Gamma-Benzène-Hexachloride :*

Très efficace, il est largement utilisé aux Etats-Unis où il a ses fervents partisans.

Spécialités:Scabécide (lotion à 1%) Elénol (crème à1%) Aphtiria (poudre 0,4%).

Mode d'application : le lindane possède le plus grand potentiel toxique lié à son absorption percutanée et il faut donc respecter des règles précises d'utilisation :

- ne pas l'employer chez l'enfant de moins de 2 ans et la femme enceinte ;
- une seule application sur peau froide et sèche ;
- le produit est rincé après 12 heures de contact chez l'adulte, 6 heures chez l'enfant ;
- le traitement ne doit pas être renouvelé avant une semaine, et uniquement en cas d'échec vérifié.

Les effets indésirables sont dominés par la toxicité neurologique.

* les effets locaux : eczéma de contact, irritation, urticaire.
* les effets généraux :

- neurologiques : crises convulsives rapportées le plus souvent dans des conditions anormales d'utilisation, ou récemment dans un cas d'érythrodermie ichtyosiforme congénitale ;
- la toxicité rénale, hématologique et hépatique est théorique.

3. *Pyréthrines :*

Ce sont des insecticides peu toxiques pour l'homme.

Spécialité : le Sprégal aérosol associe un pyréthrinoïde de synthèse (l'esdepalléthrine) et du butoxyde de pipéronyle son synergiste.

Le mode d'application est simple : une pulvérisation sur le corps à garder 12 heures, en protégeant le visage en raison des risques d'inhalation.

Les effets secondaires sont minimes : picotements, irritation cutanée. Aucun effet systémique n'a été décrit.

Son efficacité paraît inférieure à celle du benzoate de benzyle mais ce produit reste intéressant en raison de sa bonne tolérance.

4. *Autres traitements :*

Traitements anciens classiques :

- **soufre** (vaseline soufrée 2,5% à 10%) à appliquer 3 nuits de suite, puis douche au savon de marseille.
- **Crotamiton** (N-cronyl-N-éthyl-O-toluidine) : Eurax crème à 10%.

Le mode d'emploi préconisé par le fabricant exclut l'enfant de moins de 30 mois : une application de 24 heures, 2 jours de suite.

Son efficacité reste relative et on a apporté des effets indésirables locaux de type d'irritation et généraux (méthémoglobinémie).

DDT ou clofénotane :

Le Benzochloryl lotion à 6% nécessite une ou deux applications successives en 24 heures.

Chez l'enfant de moins de 2 ans, une application de 12 heures.

Les effets indésirables sont locaux : irritation, eczéma de contact. Les risque de toxicité générale (hématologique, hépatique, rénale et surtout neurologique) semblent restreints dans le cadre de l'utilisation thérapeutique. Cependant, son efficacité limitée nous le fait déconseiller.

Dérivés imidazolés :

Thabendazole : Mintézol cp, 10 25 mg/k/j pendant 10 jours ou par voie locale en solution à 10% 2 fois/jour.

Flubendazole : Fluvermal cp, 50mg/k/j.

Ces produits n'ont été utilisés que sur un nombre de cas restreint et ne peuvent être conseillés actuellement.

Mesures complémentaires :

Les mesures complémentaires restent indispensables à tout traitement.

Désinfection du linge et de la literie : le linge porté dans les trois jours précédents le traitement et pendant le traitement sera lessivé et repassé au fer chaud. Ce qui ne peut être lavé est mis à l'écart pendant trois jours ou poudré avec du lindane (Aphtiria poudre) pendant 24 heures ou avec de l'esdepallethrine (Apar aérosol) pendant 2 heures.

Traitement concomitant des sujets contacts même indemnes de signes cliniques.

Endométriose urétérale

Dr Djilali Saiah Abdelkader - Chirurgien urologue à Chlef

L'atteinte urinaire au cours de l'endométriose est rare et l'obstruction urétérale dans ce cadre est encore plus rare.
L'atteinte intrinsèque ayant provoqué une invagination urétéro-urétérale nous a incité à présenter l'observation suivante.

Observation

La patiente, âgée de 40 ans, consulte pour : fièvre, altération de l'état général et métrorragies.
Dans les antécédents : une seule grossesse et des règles abondantes depuis 4 ans.

Examen clinique :

* on palpe une masse pelvienne dans l'hypogastre.
* au toucher pelvien :
- pelvis souple ; le col utérin semble normal ;
- il existe une augmentation du volume de l'utérus et une masse latéro-utérine droite.

Echographie abdomino-pelvienne * on découvre une masse génitale complexe :
- un très gros utérus ;
- un gros ovaire droit poly kystique à cloisons épaissies.
* au niveau lombaire : une dilatation des cavités pyélocalicielles droites.

Hospitalisation :

Cette patiente a été hospitalisée avec le diagnostic de tumeur ovarienne vraisemblablement maligne avec retentissement rénal.

Examens biologiques :

- importante anémie : GR=2,5M Hb=4g Ht=19%
- syndrome inflammatoire : VS=150mm GB=16000 él./mm3 Fibrinogène=9,9 g/l
- fonction rénale : normale.
- dosages : (Alpha-fœto-protéine – ACE – Œstrogène – Progestérone – HCG) = normaux.
- frottis cervicovaginal : normal.

2ème échographie rénale et pelvienne :

confirme les éléments de la première écho en précisant :
- rein droit : réduction de l'index cortico-parenchymateux ;
- rein gauche : RAS.

UIV :

- à gauche : RAS
- à droite : rein muet.

UPR (urétéropyelographie rétrograde) :

à 10 cm du méat urétral, il existe un arrêt du produit de contraste formant une image cupuliforme avec dilatation sus-jacente.

Biopsie du col utérin :

ramène des fragments de l'exo col ulcérés, avec sur un des fragments des glandes de type endométrial dans le chorion.

Intervention :

Après une préparation préopératoire, on décide de pratiquer une laparotomie qui montre :
- un utérus fibromateux de gros volume avec pyosalpinx ;
- une endométriose probable de l'ovaire droit ;
- une fibrose intense en avant du promontoire ayant attiré et entraîner une invagination urétéro-urétérale droite.

On effectue alors :
- une hystérectomie totale
- avec annexectomie bilatérale
- une urétérolyse ainsi qu'une résection segmentaire de l'uretère droit avec anastomose urétéro-urétérale sur sonde tutrice (JJ).

Anapath :

Trouve une endométriose diffuse
- touchant le fond, l'isthme et le col utérin, ainsi que l'ovaire droit.
- signes d'endométriose dans le détroit supérieur.
- l'invagination urétérale droite s'est faite sur un petit nodule d'endométriose intraluminale.

Suites opératoires :

- simples, sous traitement hormonal.
- ablation de la sonde urétrale (JJ) au 21ème jour.
- le rein droit fonctionnel à l'UIV et à

L'infectiologie en pratique quotidienne:

le syndrome méningé

Dr A. Berkani- CHU El Kettar Alger

Une symptomatologie d'apparition brutale associant céphalées, vomissements, dans un climat fébrile, chez un sujet en pleine santé apparente, est assimilée à un syndrome méningé fonctionnel. Elle devrait faire rechercher, à l'examen clinique, les signes de la contracture méningée (raideur de la nuque, signe de Brudzinski, signe de Kerning) et indiquer la pratique d'une la ponction lombaire.
La précocité du diagnostic et, bien entendu du traitement, est primordiale en cas de méningite suppurée.
Le LCR, volontiers hypertendu, opalescent, louche, trouble ou franchement purulent, conditionne, par son seul aspect, la mise en route de l'antibiothérapie.
La notion d'épidémie ou de cas analogues dans l'entourage, l'altération de l'état général, la symptomatologie associée faite d'un ou de plusieurs de ces signes : herpès, rash morbiliforme ou scarlatiniforme, éruption purpurique, splénomégalie, arthralgies, orientent vers l'étiologie méningococcique.
L'altération de l'état général avec particulièrement la présence de signes neurologiques associés (troubles de la conscience, convulsions, paralysie faciale, hémiplégie…), la notion de foyer ORL (otite, sinusite…) ou de traumatisme crânien récent ou de récidive de méningite purulente évoquent plutôt l'origine pneumococcique.
Nous retiendrons toutefois l'aspect trompeur, clair, du LCR (dans les cas de la méningite suppurée à son début, de la méningite décapitée par les antibiotiques, de la réaction méningée de voisinage à un abcès du cerveau ou un foyer ORL chronique par exemple) qui doit être différencié du LCR clair habituel de la méningite virale et dans laquelle l'état général est parfaitement conservé, l'examen neurologique normal, en dehors de la symptomatologie méningée, des signes en faveur d'une virose (parotidite, éruption cutanéo-muqueuse…) peuvent être retrouvés.

Célébration de la journée mondiale de la sage-femme

Les roses de l'ACMPC

rapport sur la journée présenté par Dr Ahmed Benkhaled

L'ACMPC a tenu à rendre hommage aux sages-femmes de la wilaya de Chlef en commémorant la journée mondiale de la sage-femme par l'organisation une journée d'étude destinée à ces précieuses auxiliaires médicales, avec la collaboration des Laboratoires Organon et l'association nationale du planning familial .

Une rose a été offerte à toutes les sages-femmes présentes à l'entrée de l'amphithéâtre du centre culturel islamique de Chlef où s'est déroulé la célébration. Qu'est-ce qui exprime mieux les sentiments nobles que vouent le corps médical à ces femmes « tout court » qu'une fleur et les paroles douces dites par le Dr Radjah à leur encontre !

Des communications en relation avec le thème de la rencontre ont été présentées à l'occasion. Tour à tour, les docteurs Chafi, Koceïr, Radjah, Assal et Zidane se sont succédés à la chaire pour parler de contraception, d'obstétrique et de réanimation néonatale.

Un débat intéressant a suivi ces présentations.

Puis, ce fut au tour de monsieur Benbrahim, directeur de la santé et de la population d'intervenir pour répondre à certaines interrogations exprimées par l'assistance et donner à l'occasion des orientations sur les projets d'avenir (réorganisation des maternités de la wilaya de Chlef).

Le Dr Arfi, président de l'ACMPC, pris ensuite la parole pour suggérer aux sages-femmes la création de leur propre association afin de prendre en charge par elles mêmes la gestion des particularités de leur profession.

Enfin, la cérémonie de remise de cadeaux aux doyennes des sages -femmes en exercice dans les deux secteurs (public et privé) a permis à l'assistance de retrouver une ambiance plus décontractée. Evidemment, l'émotion ne pouvait pas rater ce rendez-vous quasi-féminin. Successivement, ont été honorées les sages-femmes :

- Bouhamidi Malika et Bousmaha Fatima) pour le secteur privé et
- Bouali Kheïra et Lellouche pour le secteur public.

En prenant la parole, celles-ci n'ont pas caché leur bonheur de recevoir cette distinction. Elles n'ont pas manqué également de remercier les responsables de l'ACMPC d'avoir pris l'initiative d'organiser cette journée de commémoration.

Une collation offerte par les Laboratoires Organon a clôturé cette rencontre.

Techniques médicales d'urgences :

Lésions vasculaires périphériques

Définition

Atteintes veineuses ou artérielles post-traumatiques des membres.

Indications

Traumatismes importants des membres, contusions graves, luxations, fractures fermées ou ouvertes, brûlures.

Matériel

L'examen est surtout clinique, l'échographie Doppler permet de la confirmer.

Tecnique

1. Inspection :

Pâleur de la peau, marbrures, remplissage des veines, hématome, oedème, lésions externes, déviation de l'axe du membre, hémorragie veineure ou artérielle visible?

2. Palpation :

Comparer la température et la qualité du pouls du membre lésé à celles du membre sain. L'examinateur peut comparer au sien le temps de remplissage des capillaires du lit de l'ongle après une compression passagère.

3. Auscultation :

Comparer les bruits d'écoulement entre membres homologues. Antécédents de vasculopathie ?

4. Echographie Doppler :

Elle permet une comparaison entre vaisseaux homologues et un enregistrement. On applique un gel à échographie et on oriente la sonde de façon à lui faire former un angle de 45° avec le trajet de l'artère.

Source : Atlas de poche des techniques médicales d'urgence. G.H.Engelhardt Ed. Thieme Vigot

Revue de la presse médicale internationale

Présence de cellules cytokératines-positives dans la moëlle osseuse et survie des patientes atteintes par un cancer du sein au stade I, II ou III.

De nombreuses recherches voient le jour ces dernières années sur les marqueurs pronostic des différents cancers. Les cytokératines sont connues pour être des marqueurs spécifiques des cancers épithéliaux affectant la moelle osseuse. La recherche de cellules métastatiques occultes chez des patients présentant un cancer de petite taille et apparemment réséqué, est un élément capital du suivi, car une dissémination précoce des cellules cancéreuses est l'une des principales causes de rechute à distance et de mortalité par cancer. Aussi, une étude publiée dans le New England Journal of Medicine évalue l'effet sur le pronostic des cancers du sein de la présence dans la moelle osseuse de micrormétastases cytokératine-positives.
Il s'agit d'une étude portant sur 552 patientes atteintes par un cancer du sein stade I, II ou III ayant subi une résection tumorale totale, et sur 191 patientes exemptes de toute pathologie maligne. Le suivi des patientes s'est déroulé sur 4 ans.
Chez toutes ces patientes, des échantillons de moelle osseuse ont été prélevés en crête iliaque et colorés par immunohistochimie avec l'anticorps monoclonal A45-B/B3, connu pour se lier spécifiquement avec un antigène situé sur les cytokératines.
Le critère principal de jugement était la survie des patientes.
Cette étude conclut que la présence de cellules cytokératine-positives au niveau de la moelle osseuse augmente le risque de récidive à distance de cancer du sein de stade I, II ou III.
Source : New England Journal of Medicine 2000 ; 342 : 525-33.
Avril 2000

Amoxicilline contre placebo en médecine de ville comme traitement de l'otite moyenne aigue chez l'enfant de moins de 2 ans :

La mise sous antibiotique est le traitement de choix pour les otites moyennes aigues dans la plupart des pays, et ce malgré une efficacité clinique limitée. Aux Pays-Bas, seule une minorité des otites moyennes aigues reçoivent des antibiotiques et les résultats ne semblent pas être moins bons que dans d'autres pays. Aussi, une étude publiée dans le British Medical Journal évalue l'efficacité des antibiotiques comme traitement de l'otite moyenne aigue chez des enfants âgés de moins de 2 ans. Il s'agit d'un essai randomisé contre placebo mené en médecine de ville chez 53 médecins généralistes néerlandais.
Au total 240 enfants, âgés de 6 mois à 2 ans, atteints d'otite moyenne aigue, ont été randomisés en 2 groupes :
* un groupe de 117 enfants traités par amoxicilline à la posologie de 40 mg/kg/jour en 3 prises,
* un groupe de 123 enfants recevant du placebo.
Les critères de jugement étaient la persistance des symptomes (fièvre, pleurs, douleur) à J4, la durée des symptomes, les résultats de l'otoscopie à J4 et à J11, les résultats de la tympanométrie à 6 semaines et la prise ou non d'antalgiques.
La persistance des symptomes à J4 était moins fréquente dans le groupe amoxicilline.
La médiane de la durée de l'épisode fébrile était de 2 jours dans le groupe amoxicilline alors qu'elle était de 3 jours dans le groupe placebo.
Aucune différence significative n'a été observée concernant la durée de la douleur et des pleurs, cependant la consommation d'antalgique était plus élevée dans le groupe placebo durant les 10 premiers jours de suivi.
Enfin, aucune différence n'a été mise en évidence concernant les résultats des otoscopies à J4 et J11. Les résultats de la tympanométrie à 6 semaines étaient identiques dans les 2 groupes.
En conclusion : les différences d'efficacité clinique entre les 2 groupes ne sont pas suffisamment importantes pour que soit généraliser l'utilisation de l'amoxicilline pour le traitement de l'otite moyenne aigue chez les enfants âgés de moins de 2 ans.

Un nouveau traitement de la sclérose en plaque mis au point à Rennes.

RENNES, 5 mai (AFP) -Un nouveau traitement des formes sévères de la sclérose en plaques, mis au point sous la direction du professeur Gilles Edan, 47 ans, du Centre Hospitalier Universitaire de Rennes, vient de recevoir l'aval des autorités sanitaires américaines, a annoncé vendredi le professeur.

Mise au point d'un premier test de detection de l'autisme.

SAN DIEGO (Etats-Unis), 4 mai (AFP) -Des chercheurs américains ont affirmé avoir mis au point le premier test permettant de repérer chez le nouveau-né l'apparition future de troubles autistiques ou d'un retard mental, rapporte jeudi la presse américaine.

Thérapie génique : les essais américains sous influence.
Le Figaro, 5 mai 2000
Les essais cliniques de thérapie génique menés par la firme Vascular Genetics Inc. ont été interrompus par la FDA dans plusieurs hôpitaux américains depuis le 2 mars pour une raison inconnue qui vient d'être rendus publique : un second patient est décédé au cours d'un essai clinique dans un hôpital de Philadephie et sa mort avait été cachée par le médecin

La prescription des antibiotiques en odonto-stomatologie

Dr Araïbi Ali

Les progrès de la thérapeutique sont tels qu'une permanente mise à jour des connaissances s'avère nécessaire pour tous ceux qui ont pour mission de soigner ou du moins soulager les malades.

La seule manière rationnelle d'assurer une meilleure prescription des médicaments, c'est bien sûr de leurs propriétés.

Quel antibiotique prescrire ?

Dans la pratique journalière courante, l'on se pose souvent la question suivante : quel antibiotique prescrire ? Pourquoi antibiotique au singulier ? Parce que la mono-thérapie est de règle.

En effet, les associations ont pour but d'élargir le spectre théorique d'activité et d'empêcher la sélection des germes résistants, or l'étiologie bactérienne des infections bucco-dentaires est dans la plupart des cas le fait d'espèces de la flore endogène ; ceci implique le choix d'un antibiotique à spectre étroit et adapté. L'utilisation des associations est exceptionnelle. Ces dernières concernent les affections diffuses ou septicémiques, après si possible étude de la sensibilité bactérienne par antibiogramme.

Comment l'antibiotique est supporté ?

Lors de l'interrogatoire, rechercher si le sujet ne présente pas d'antécédents qui peuvent être :

- d'ordre allergique ;
- un état pathologique chronique qui pourrait avoir une incidence sur la pharmacocinétique (insuffisance rénale, hépatique, cardiaque…) ce qui provoque une toxicité iatrogène ;
- interactions médicamenteuses qui perdraient le contrôle de l'effet thérapeutique :

* augmentation de l'effet anticoagulant des antivitamines K par la terramycine ;
* augmentation de la néphrotoxicité des aminosides par les céphalosporines.

Quelle voie d'administration retenir ?

Les voies d'administration sont multiples (orale, rectale, parentérale). Chacune a ses avantages et ses inconvenants.

Exemple : la voie orale est simple, économique, moins dangereuse mais non recommandée chez les vomisseurs et la vitesse de résorption est variable.

La voie rectale présente l'avantage que le produit médicamenteux soit à l'abri des enzymes digestives, indiquée chez le vomisseur bien qu'un passage hépatique ne puisse être évité ; la résorption est inconstante et provoque une irritation des muqueuses.

Ce problème étant posé, il ne faut pas perdre de vue les critères prioritaires, à savoir : la localisation de l'infection (risque d'extension vers le plancher de la bouche) et l'importance des signes cliniques.

Tenir compte également de la situation socioéconomique du sujet car plus la facture est onéreuse et plus la probabilité que le traitement soit totalement pris serait faible.

En définitive, la voie d'administration conditionne la biodisponibilité, c'est-à-dire la rapidité de survenue de l'effet thérapeutique.

Quelle posologie établir ?

Généralement, la posologie s'adapte en fonction du caractère de l'infection et à partir du poids corporel du sujet ; le nombre de prise est déterminé en fonction de la demi-vie plasmatique du médicament (ou demi-vie d'élimination) et selon la dose par prise sous sa forme galénique.

Fixer ensuite la durée du traitement : 5 jours minimum, même après amélioration et principalement les antibiotiques bactériostatiques.

Stratégie à adopter :

Les indications de l'antibiothérapie s'orientent soit vers un but prophylactique, soit curatif (ce chapitre a été développé dans l'édition N°7 de ce bulletin : prescription des antibiotiques en pédodontie).

Conclusion

Le souci majeur de chacun est de trouver, conserver et éventuellement reconstruire un équilibre et ceci dans la mouvance de la vie ; bien qu'inconsciente, cette démarche représente une composante essentielle de notre raison de vivre.

Que la maladie vienne rompre cet équilibre et toutes nos préoccupations ordinaires passent aussitôt au second plan ! Comme l'exprime si justement l'adage populaire : « tout cela n'est rien quand on a la santé ».

Que notre « capital précieux » soit menacé pour que l'espérance humaine converge vers le médecin qui prescrit les médicaments qui endiguent le mal.

Quel que soit le problème, le

Sélection de sites dentaires sur Internet proposée par NETSYS

Dental espace.com : site dentaire intéressant aussi bien pour les professionnels que pour les patients.

Dentagora.fr : espace dentaire en pays basque.

Apol.fr : site de l'association pour la promotion de l'odontologie libérale.

Medisite.fr : un site pour professionnels de la santé comportant entre autre un annuaire de plus de 6000 sites dont ceux d'odonto-stomatologie.

Un appel est lancé à tous les confrères et consoeurs où qu'ils soient pour contribuer à l'enrichissement de ce bulletin par des écrits, des suggestions, des idées...

N'hésitez pas à contacter la rédaction, directement, par téléphone ou par courrier électronique :

Dr Ahmed BENKHALED
34 rue Bounâama 02.000 - Chlef
Tel/fax : 213 (03) 77.70.44

A propos d'un cas d'adénocarcinome du canal anal

Dr Bouzana ABdelkader - Chirurgien à Chlef

Mme S.O.M 33ans se traite depuis 06 mois pour hémorroïdes.

L'interrogatoire précise l'existence :
- d'une constipation
- avec ténesme rectal
- et de rectorragies accompagnant la selle.

L'examen proctologique que la patiente accepte avec plus ou moins de réticence et de pudeur permet d'objectiver :
- à l'inspection : une marge anale d'aspect normale;
- le TR , plus ou moins douloureux, révèle une bonne tonicité sphinctérienne et à bout de doigt , perçoit, sur la face latérale droite du canal anal, une lésion en "lobule d'oreille".Le doigtier revient souillé de sang.

L' anuscopie visualise une lésion ulcéro-bourgeonnan-te de 3 à 4 cm de diamètre à 1,5 cm de la marge, sur la face latérale droite .

La rectoscopie : après progression jusqu'à la limite de l'appareil (25 cm) dans un rectum propre , bien préparé, à l'aller comme au retour , la muqueu-se rectale en amont de la lésion canalaire est d'aspect normal en fond d'œil.

Des biopsies : sous anuscopie , ont été pratiquées.

Cet examen proctologique nous permet de conclure à une *lésion ulcéro-bour-geonnante du canal anal, manifestement néoplasique*

L'examen anatomo patholo-gique : confirme le diagnostic. Il s'agit d'un *adénocarcinome* bien différencié de type liberkühnien ulcéré en surface du rectum.

A propos de ce cas, qu'il nous soit permis de rappeler que :

1. Toute les rectorragies ne doivent pas être considérées comme étant d'origine hémorroïdaire.
2. Le TR doit faire partie intégrante de l'examen clinique.
3. Le TR - à lui seul - permet d'évoquer le diagnostic de cancer anal et de la partie basse de l'ampoule rectale.
4. La sanction chirurgicale est redouta-ble ; elle comporte une amputation

Medecins illustres :

Claude Bernard

présenté par Dr Dehaba Tewfik

Médecin et physiologiste français, élè-ve du célèbre physiologiste MAGENDIE, il obtint son doctorat en1843, puis accéda au rang de professeur au Collège de France en1855, ensuite professeur de physiologie comparée au Muséum. En1868, un an plus tard il est sénateur. Fondateur de la physiologie animale, il aborda par l'expérimentation les grands domaines de cette science.

Il démontra le rôle du pancréas dans la digestion des corps gras et découvrit la fonction glycogénique du foie et son autorégulation humorale. Il a créé et codifié la biophysique et la biochimie guidant justement la recherche médicale. Il argumenta par ses découvertes la thèse qu'un même organe pouvait avoir plusieurs fonctions (notion de fonction:rôle précis d'un organe). Il décrit le milieu intérieur (liquide qui entoure les cellules et permet leur survie ainsi que leur fonctionnement) et l'homéostasie (fonction de l'organisme qui consiste à maintenir ce milieu constant: température, concentration du glucose, etc). Il étudia également le système nerveux, en particulier son action sur le calibre des vaisseaux sanguins et sur les sécrétions.

C.Bernard prouve que le curare bloque la contraction musculaire au niveau de la

Les plantes médicinales

La phytothérapie signifie traitement par les plantes (du grec «phyton » plantes) La plupart des médicaments, encore aujourd'hui, sont en effet directement issus des plantes, en général par extraction d'une racine, d'une feuille ou d'une écorce. Les autres, qui tendent à devenir la majorité, sont recomposés chimiquement à partir d'une molécule naturelle qu'ils cherchent à imiter. Nos ancêtres se sont soignés pendant des milliers d'années par la phytothérapie et certaines de leurs recettes étaient excellentes pour des maux courants. Il est probable, par exemple, qu'une tisane de camomille ou de verveine est infiniment préférable pour soigner l'insomnie que la prise régulière d'un somnifère chimique.

La phytothérapie, qui n'est pas dans son principe opposée à la médecine scientifique moderne, privilégie l'emploi de la plante entière plutôt que de son extrait chimique. Certes, il existe dans chaque plante une molécule particulièrement active, mais elle est accompagnée d'autres molécules qui facilitent son absorption ou qui la rendent moins agressive. C'est pourquoi la phytothérapie est considérée comme une médecine douce, parce qu'elle a une toxicité très réduite. Son inconvénient est que l'effet se fait sentir plus lentement, en raison de la faible concentration du produit actif.

Ce qui ne veut pas dire que toutes les plantes sont inoffensives, bien au contraire : certaines d'entre elles sont très toxiques et doivent être utilisées avec prudence.

Les plantes médicinales dont l'approvisionnement doit se faire auprès d'une pharmacie ou d'un herboriste compétent se présentent sous les formes de préparations suivantes :
- *des teintures*, à partir de plantes séchées macérées dans de l'alcool ;
- *des alcoolatures,* selon le même principe mais avec des plantes fraîches ;
- *des poudres totales*, produites en broyant les plantes ;
- *des extraits*, obtenus par évaporation ;
- *des sirops, des suppositoires, des suspensions ;*
- *des huiles essentielles* ;
- *des tisanes et des décoctions,* qui

CAT devant un nodule thyroïdien isolé

Dr Elaïb - Chirurgien à Chlef

Définition

Un nodule thyroïdien isolé (NTI) est un nodule unique sans hypertrophie palpable du parenchyme thyroïdien homo ou controlatéral.

Généralités

Le NTI est fréquent chez la femme (4/1). Le problème est dominé par la possible malignité de ces nodules : 10,5% de ces nodules sont des cancers, le reste étant bénin (kyste, adénome vésiculaire, nodule colloïdien, nodule solitaire autonome hyperfonctionnel, hypertrophie nodulaire compensatrice , thyroïdite).

Le schéma classique de la stratégie diagnostique se résume en :

- examen clinique
- échographie thyroïdienne
- scintigraphie thyroïdienne
- bilan hormonal
- parfois cyto-ponction .

Cette stratégie est remise en cause actuellement ; 2 examens clés dans le passé ont vu leur intérêt décliner ces temps-ci : l'échographie et la scintigraphie . Cependant la clinique reste une étape essentielle ; le dosage de la TSHus (TSH ultra sensible) est primordial. La cyto-ponction constitue une étape décisive, orientant la stratégie thérapeutique.

Pourquoi les indications de la scintigraphie se sont réduites ?

Considérer un nodule froid comme suspect de malignité aboutit à neuf interventions inutiles sur dix.

Un nodule chaud n'élimine pas la possibilité d'une association d'un cancer.

Pourquoi restreindre les indications de l'échographie ?

La nature kystique du nodule est aisément identifiable par la seule cyto-ponction. Il n'existe, non plus, aucun caractère formel en faveur de la malignité. Par ailleurs, la définition de lésions, de plus en plus fines de l'ordre du millimètre aboutit à «une pathologie de l'image» et par conséquent à des décisions thérapeutiques souvent illégitimes.

Stratégie diagnostique

1. L'étape clinique (essentielle) :

Interrogatoire :

- Hérédité de la maladie thyroïdienne.
- Exposition récente ou ancienne aux radiations ionisantes.
- L'apparition brutale d'une tuméfaction douloureuse avec atténuation des signes fonctionnels et de l'hypertrophie nodulaire orientent vers un hématocèle.
- Si épisode fébrile associé avec douleurs latéro-cervicales et pharyngées avec empâtement de la glande thyroïde : thyroïdite sub-aiguë.
- Un nodule ferme ou dur, irrégulier est fortement suspect de malignité d'autant plus qu'il existe des adénopathies satellites .

2. Dosage de la TSHus :

- Si elle est abaissée : il s'agit d'un nodule solitaire autonome hyperfonctionnel pré-toxique ou toxique (NSA).
- Si elle est normale : cela n'élimine pas un NSA non toxique, elle a surtout l'intérêt de confirmer l'existence d'un nodule sans hypersécrétion et conduit à poursuivre les investigations par la dernière étape.

3. Dernière étape (décisive) : **la cyto-ponction :**

Examen-clé, c'est un geste anodin et qui peut se répéter sans danger.

La cytoponction demande une technique rigoureuse , réalisée avec une aiguille 6/10° mm, montée sur un seringue de 10ml. Le produit de ponction doit être immédiatement étalé sur lames (la ponction, l'étalement sur lames et la lecture doivent être pratiquées par un cytologiste entraîné).

Les résultats s'expriment en termes : malin - suspect - tumeur folliculaire - bénin - impossible.

En faveur de la bénignité :

- la faible densité cellulaire;
- l'absence d'anisocytose et d' anisocyanose;
- présence de noyaux ronds à la chromatine.

En faveur de la malignité :

- forte densité cellulaire;
- anisocytose et anisocyanose;
- noyaux irréguliers;
- inclusions cellulaires intranucléaire .

Taux de faux-positifs faible = 3,5%.

Taux de faux-négatifs variables et peuvent atteindre 25%. Ils sont le fait des carcinomes différenciés surtout vésiculaires car il n'y a pas de différence cytologique entre adénome et carcinome folliculaire et devant tout résultat donnant une tumeur folliculaire , l'exérèse chirurgicale est impérative .

Mots-clés : examen clinique - bilan hormonal - cyto-ponction (+++)

Le médecin et la loi

présenté par Dr Dehaba Tewfik

ART.267 (ordonnance n°75-47 du 17 juin 1975) quiconque, volontairement, fait des blessures ou porte des coups à ses père ou mère légitimes, ou autres ascendants légitimes, est puni ainsi qu'il suit :

1°) de l'emprisonnement à temps de cinq à dix ans, si les blessures ou les coups n'ont occasionné aucune maladie ou incapacité totale de travail de l'espèce mentionnée à l'article 264.

2°) du maximum de l'emprisonnement de cinq ans à dix ans, s'il y a eu incapacité totale de travail pendant plus de quinze jours.

3°) de la réclusion à temps de dix à vingt ans, si les blessures ou les coups ont été suivis de mutilation, amputation ou privation de l'usage d'un membre, cécité, perte d'un œil ou autres infirmités permanentes ;

4°) de la réclusion perpétuelle, si les coups portés ou les blessures faites volontairement, mais sans intention de donner la mort, l'ont pourtant occasionnée.

Lorsqu'il y a eu préméditation ou guet-apens, la peine est :

- le maximum de l'emprisonnement de cinq à dix ans, dans le cas prévu au paragraphe 1er ci-dessus,
- la réclusion à temps de dix à vingt ans, s'il est résulté des blessures faites ou coups portés, une incapacité totale de travail pendant plus de quinze jours,
- La réclusion perpétuelle, dans les cas prévus au paragraphe 3° du présent article.

ART.269 (ordonnance n°75-47 du 17 juin 1975) quiconque volontairement, fait des blessures ou porte des coups à un mineur de seize ans ou le prive volontairement d'aliments ou de soins au point de compromettre sa santé, ou commet volontairement à son encontre toute autre violence ou voie de fait, à l'exclusion des violences légères, est puni d'un emprisonnement d'un à cinq ans et d'une amande de 500 à 5000 DA.

Source : Le Code Pénal Algérien

La mucoviscidose

Dr Boughari Benyoucef

Maladie fibrokystique du pancréas, c'est une affection héréditaire des glandes exocrines qui touche principalement les appareils digestif et respiratoire; caractérisée par la triade:
*Pneumopathie obstructive chronique
*insuffisance pancréatique exocrine
*taux anormalement élevé d'éléctrolytes dans la sueur.
C'est la plus fréquente des maladies génétiques de la race blanche . Elle atteint aux U.S.A en viron:
1 naissance/2400 (race blanche)
1 naissance /17000 (race noire). En France, elle touche 1 naissance/3100.
La MV atteint aussi bien les garçons que les filles. Elle ne se manifeste cliniquement que chez les homozygotes.
Sur le plan anatomopathologique, pratiquement toute les glandes exocrines sont atteintes selon une répartition et un degré de gravité variable.
Elle se manifeste :
- à la naissance par l'iléus méconial, signe le plus précoce de la maladie.
- chez le nourrisson , par un retard à la reprise du poids de naissance et une croissance pondérale insuffisante.
- Plus tard l'insuffisance pancréatique est cliniquement apparente chez 85 à 90% des enfants atteints ; avec:
* selles nombreuses, huileuses, nauséabondes et volumineuses.
* une distension abdominale
* un retard de croissance, malgrés un appétit normal ou vorace.
La MV doit être évoquée devant toute hypothrombinémie. On retrouve également une hypoprotéinémie, une anémie et une hypersudation.
Les manifestations pulmonaires sont : une toux et un wheezing chronique, associés à des infections chroniques et récurrentes.
Un diàbète insulinodépendant apparait chez 02 à 03 % des patients.

Diagnostic

Le diagnostic de la MV est habituellement confirmé au cours de la première année de vie ou dans la petite enfance.
Il est évoqué par les signes cliniques, paracliniques et confirmé par la mise en évidence d'une élevation des taux de sodium et/ou de chlore dans la sueur (mesure des électrolytes duodénaux après stimulation par la pilocarpine ou exposition à la chaleur).
Le seul test fiable est le test de la sueur: une concentration de Na ou Cl > 60 meq /l confirme le diagnostic.

Pronostic

L'évolution de la MV est largement determinée par le degré de l'atteinte pulmonaire. Elle est variable d'un patient à un autre. L'aggravation est inévitable.
Le Pc s'est progressivement amélioré au cours des 4 dernières decennies grâce à l'instauration de traitements intensifs avant l'apparition des lésions pulmonaires irréversibles (ce qui est impérativement lié au diagnostic précoce: pré ou néonatal)

Traitement

Il doît être *précoce , global* et *intensif.*
Les objectifs thérapeutiques sont :
- maintient d'un bon état nutritionnel;
- traitement préventif ou curatif des complications pulmonaires;
- l'encouragement à l'activité physique
la mise en place d'un soutient psycho-social adapté .
A la période néo-natale: l'occlusion peut être soulagée par un lavement à l'aide d'un produit de contraste hyper osmolaire ; si echec recours à la chirurgie.
Après la période néo-natale:
En cas d'insuffisance pancréatique: administrer des enzymes pancréatiques à chaque repas (cp ou Gles), traitement diététique (apport protéino-calorique suffisant; apport en graisse modéré, supplément polyvitaminés doublés, vitE+++; supplémentation en sel au cours des fortes chaleurs et hypersudations); supplément de vit K. Les NRS recevront des ATB à large spectre;ainsi que des patients ayant des atteintes hépatiques et des hémoptysies.
Prévention des infections respiratoires:
Elle comprend :
- le maitien de l'immunité contre la coqueluche et la rougeole;
- la vaccination antigrippale annuelle
- prévention et traitement des affections, obstructions des voies aériennes.
- kinesitherapie thoracique;
- bronchodilatateurs, oxygénothérapie, mucolytiques, aérosoltherapie;
- traitement chirurgical (bronchectasie, atélectasie localisée, polypes nasaux, sinusites chroniques, occlusion, volvulus ou invagination).

Perspectives thérapeutiques

S'agissant d'une maladie génétique et depuis la découverte du géne défectueux dans la MV, des progès ont été accomplis dans la comprehension des fonctions cellulaires de la protéine CFTR (Cystic Fibrosis Transmembranaire Conductance Régulator) et des mécanismes régulants son expression .
A partir de la caractérisation des processus impliqués dans la progression de la maladie au niveau pulmonaire, des projets thérapeutiques variés fondés sur la thérapie génique et sur l'utilisation de différents agents pharmacologiquesont étés développés ; Certains de ces agents ont pour rôle de rétablir une fonction CFTR adéquate; d'autres agiraient en cours circuitant la proteine CFTR par induction de l'expression des proteines proches.

A propos d'une observation

L'enfant G. Yasmina, 4 ans 8 mois, 3ème d'une fratrie de 3, née d'un couple non consanguin présente depuis sa naissance un état général médiocre, s'aggravant par des pneumopathies à répétition et des troubles digestifs, avec retard de croissance staturo-pondéral important, on note dans ses antécédents, une hospitalisation à 7 mois pour PP puis à 10 mois, à 18 mois pour DHA suite à une diarrhée et toux chronique, à 2 ans pour toux chronique et fistule thyréoglosse, à 30 mois pour tuberculose pulmonaire traitée par SRHZ/RH pendant 06 mois.
Depuis, elle présentait toujours des infections pulmonaires à répétition, ORL avec troubles respiratoires, digestifs, souvent des diarrhées, ballonnement abdominal, HPM+SPM et une hypotrophie staturo-pondérale (poids : 13 kg ; T : 96 cm). Elle fut alors adressée vers un service spécialisé pour exploration et diagnostic étiologique.

Examen clinique :

A l'entrée on retrouve un enfant sub-fébrile T°38, avec une bonne coloration cutanéo muqueuse, pas de syndrome hémorragique et présence d'un hippocratisme digital.
Fréquence respiratoire : 64/mn, pas de déformation thoracique, fréquence cardiaque 102 bats/ mn;
TA 100/60 mm hg ; HPM : flèche hépatique 7,5cm, ferme non douloureuse, à bord inférieur non tranchant.
SPM : type II. Pas d'autres masses palpables.
L'examen neurologique est normal.

Examens complémentaires:

FNS: GB 12000/mm3 (PN 5500 /mm3 ; LYMPHO 6500/mm3)
Hb : 9,6 g/100ml, VGM: 80/mm3; CCMH

Suite du sujet sur la mucoviscidose

30%; plaquettes 223000/mm3
taux de réticulocytes: 110200/mm3.
Gazométrie : PH= 7,43 - HCO3 = 22,9 - PCO2 = 34 - SO2 = 98%
Urée = 0,16 g/l - Créatinémie = 5 mg /l
Na =144 meq/l K =meq/l Ca = 95 mg/l
SGPO = 45 U/l SGPT = 43 U/l
gammaGT = 23 U/l

Bilan nutritionnel :

Taux de protides 69g/l Albumine =50g/l préAlb = 0,11 g/l cholest =0,91 g/l Triglycérides =0,84 g/l
Glycémie =0,68 g/l TP =93 %
Fer sérique 15g/l.

Bilan inflammatoire :

CRP= 23mg/l
C3 = 5,97 g/l C4 = 188 mg/l

Bilan infectieux :

Tubage gastrique à la recherche de BK négatif ; culture négative ;
Recherche de P. aéroginosa dans les sécrétions bronchiques : négative.
Hémoculture négative.
ECB des urines : absence d'infection urinaire.

Autres :

IgA antigliadine <0,01mg/l
Electrophorèse de l'Hb:
HbA : 97%; HbA2: 3%
Test au D-Xylose : 17mg%
TDM thoracique :
* des lésions d'atélectasie des segments apicaux du lobe ID et du lobe IG, * des lésions de DDB évoquent des séquelles de TBC pulmonaire.
Echographie abdominale:
* foie homogène, d'écho structure normale, FH=10,7 cm
* rate homogène, d'écho structure normale, H=10 cm
* absence d'adénopathies profondes.
Radio de la main gauche : âge osseux de 03 ans

Discussion diagnostique

On a éliminé :

1. Le déficit en alpha 1 antitrypsine: pas de cholestase néonatale.

électrophorèse des protéines :pic $\alpha 1$.

2. Le déficit immunitaire :

électrophorèse des protéines = pic γ
immuno éléctrophorése : Ig G 16 g/l Ig M 5,12 g/l Ig A 3,6 g/l

On a évoqué et retenu la MV sur :
- les données anamnestiques: infections respiratoires à répétition, troubles digestifs à type de diarrhées ;
- les données cliniques : hypotrophie staturo-pondérale; signes d'infections respiratoires à répétition, toux et emcombrements bronchiques à répétition.
- les données biologiques :
1)test à la sueur Cl 89 meq/l quantité de sueur = 0,270 g.
2)test à la sueur Cl = 70,5 meq/l.

Evolution

Après 50 jours d'hospitalisation, l'enfant est sortie avec un bon état général, bonne coloration cutanéo-muqueuse.
Poids 14,5 Kg T : 97 cm
FC : 105/mn FR 40mr/mn
Auscultation pulmonaire : absence de râle bronchique.
Examen CV normal.
Examen de l'abdomen FH : 7cm, SPM type I
Examen neurologique normal.
Programme de sortie :
Supplémentation en Vit, fer

L'ABC de biologie:

La vitesse de sédimentation globulaire

Dr Dehaba Tewfik

Il s'agit de la vitesse avec laquelle les globules rouges d'un échantillon de sang contenu dans un tube étroit (appareil de Westergren) se sédimentent, c'est à dire s'agglomèrent au fond du tube ; l'examen s'effectue sur un patient (en état de jeûn strict) à qui on prélève par une seringue de 2 ml (contenant 0,4ml d'une solution stérile de citrate de sodium à 0,2%) 1,6ml de sang veineux puis l'on rejette le tout dans un tube à hémolyse qu'on agite. Ensuite on aspire le mélange dans une pipette; parfaire le niveau à zéro de l'appareil de Westergren et laisser le tube au repos dans la position verticale, ensuite lire le niveau de la hauteur du plasma surnageant 1heure puis 2 heures après. Ce n'est donc pas un examen biochimique.

La vitesse de sédimentation des hématies est l'épreuve la plus couramment utilisée pour dépister un état inflammatoire et apprécier grossièrement son intensité. La VS augmente dans beaucoup de maladies infectieuses et inflammatoires, mais sans jamais être spécifique de l'une ou de l'autre car elle est sous la dépendance de nombreux fac-teurs : corpusculaires (anémie), humoraux, dépendance du taux de fibrinogène, des immunoglobuli-nes et d'autres protéines plasmatiques.

Valeurs normales :

homme : < 20mm à H_1
femme en activité génitale:<40mm à H_2.

La VS augmente au début de la grossesse, chez les enfants et les personnes âgées.

A noter qu'une étude publiée par A. MILLER et Coll. conclut à ce qui suit:
- La VS croît avec l'âge, elle est plus élevée chez la femme.
- Les valeurs de la VS de 98% de la population étudiée, c'est à dire ceux que l'on devra retenir comme la limite du normal à la première heure sont :
- chez l'homme: 12mm à 20 ans; 20 mm à 40 ans; 30mm à 65 ans
- chez la femme: 22mm à 20 ans; 28mm à 45ans ; 35mm à 65 ans.

Ces auteurs proposent une nouvelle méthode, plus simple, d'appréciation de la VS normale maxima (théorique) à la 1ère heure. Ils constatent empiriquement que :
- Chez l'homme, laVS correspond sensiblement à son âge divisé par deux.
- Chez la femme la VS correspond à l'âge auquel on ajoute 10 et que l'on divise par deux.

source : Comment prescrire et interpréter un examen de biochimie.
J. Borel - J.Chanard.
Encyclopédie médicale pratique 94 à